

NST（栄養サポートチーム）では、職員への栄養に関する情報提供を目的に、奇数月に院内グループウェアを利用して【NST 栄養ひろば】を配信しています。

今回は、『クローン病』についてご紹介します。

●クローン病における栄養療法について

クローン病は、主に若年者に発症し、腸（特に小腸と大腸）に慢性炎症を来す病気です。未だ原因は解明されておらず、根治治療がなく、長期にわたる治療が必要です。治療は、炎症が増悪したときに沈静化する寛解導入療法と、炎症が収まった後に再燃を防ぐ寛解維持療法に分けられます。クローン病では、腹痛、発熱、下痢などによる食欲低下、広範囲な小腸病変や腸管切除に伴う消化吸収障害、炎症による必要エネルギー量増加などのため、低栄養状態がしばしば認められます。また、クローン病において、栄養療法は寛解導入効果、寛解維持効果がこれまで示されており、栄養の補給、狭窄症状出現時の腸管安静という目的に加えて、クローン病の治療手段の一つとしての意義もあります。栄養療法には経静脈的手法と、経腸的手法（成分栄養療法）があります。

●クローン病の静脈栄養

クローン病では、活動性が高く高度低栄養状態の場合、腹痛、頻回の下痢、狭窄症状の出現、大量出血、膿瘍、瘻孔形成した場合などに、腸管安静と炎症の沈静化を目的として、静脈栄養が選択されます。絶食期間が1週間程度であれば末梢静脈栄養（PPN）、それ以上の場合は中心静脈栄養（TPN）が行われます。活動期クローン病では低栄養状態を来しており、エネルギー必要量が高くなるため、30kcal/kg/日以上エネルギー量を目標にすることが推奨されています¹⁾。ただし、注意点として慢性的な栄養不良状態の患者さんに急速な栄養補給を行うと、糖代謝異常や電解質異常を特徴とする様々な症状が出現することが知られており（Refeeding syndrome）、時に致命的となりうる場合があります。そのため、輸液初期は大量のエネルギー投与は行わず、血糖値、血清リン、カルシウム、マグネシウム、カリウムを頻回に測定しながら、5~10kcal/kg/日で開始し、1週間程度で目標量まで増量することが提唱されています。また経腸的な脂肪投与は、クローン病を悪化させると報告されていますが、経静脈的な投与は病勢を悪化させることはなく、必須脂肪酸の投与、十分なエネルギー量の投与、非タンパクカロリー量を増やして適正なNPC/N比を保つことを目的とし、脂肪乳剤の投与も併用します。

TPNを実施する場合は投与ルート確保が必要ですが、従来は内頸静脈や鎖骨下静脈から行っていたものの、近年は、穿刺時の安全性を考慮し、末梢挿入型中心葉脈カテーテル（PICC）が普及してきています。当科での81例の後ろ向き研究では、PICCが中心静脈カテーテルと比較して、安全性が高く、カテーテル関連血流感染の発生率が低いことが確認され²⁾、現在はPICCを第一選択として行っています。

●クローン病の成分栄養療法

経腸的な栄養療法は主にエレンタール®を用います。1985年に東北大学消化器内科の樋渡先生がクローン病患者35例を対象とした試験を行い、エレンタールが寛解導入に有効である事を報告しました³⁾。この研究が元となり1988年に在宅経腸栄養療法が保険適応となり全国的にひろまりました。しかし、海外ではなかなか栄養療法が普及していない状況でした。この理由として、欧米人の受容性の問題や、栄養療法の前向きな試験がなく明確なエビデンスが示されていなかった事があげられます。2006年、同科の高木先生が、寛解期のクローン病患者さんに摂取カロリーの半量をエレンタールから摂取している群と、通常食群にランダム化して振り分け2年間観察した所、再燃率がそれぞれ34.6%と64.0%となり、世界で初めて、前向きな試験で栄養療法の有用性が証明されました⁴⁾。これらの研究から、最新の海外のガイドラインでも、小腸に広範囲の病変をもつ患者さんで受容性があればベースラインの治療として栄養療法を勧めるべきと記載されております⁵⁾。当科では1日900kcal以上摂取している群で有用性が高いため、エレンタール®を1日3pack以上内服するように指導しております。

1) Sasaki M et al. J Clin Biochem Nutr. 2010

2)千葉宏文ら. 日消誌. 2017

3) 樋渡信夫 他.臨外.1985;40(1):73-80

4) Takagi S et al Aliment Pharmacol Ther 24 ;1333—1340 : 2006

5) J Crohn Colitis. 2017 Jan;11(1):3-25